

Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
0	3	0	1 regroupement de 3 structures

Détail par territoire de santé

Territoires de santé	Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
Côte d'Or	0	2 sites de chirurgie de la Générale de Santé à Dijon	0	Regroupement des 3 cliniques de la Générale de Santé à Dijon
Nièvre	0	0	0	0
Saône et Loire	0	1 site de chirurgie des cancers à Paray le Monial	0	0
Yonne	0	0	0	0

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Traitement du cancer	Développer les actions de prévention et de dépistage permettant de diminuer les risques d'augmentation des cancers	Pourcentage de la population des 50-74ans incluse dans une démarche médicalisée du dépistage organisé du cancer du sein (CPOM ARS)		60%
		Pourcentage de la population des 50-74 ans incluse dans une démarche médicalisée de dépistage organisé du cancer colo rectal (CPOM ARS)		50%



Médecine d'urgence

1 Champ et périmètre de l'activité

Les services de médecine d'urgence ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.

Les décrets du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence ont déterminé d'une part le cadre réglementaire de l'organisation de la prise en charge des urgences au sein des établissements de santé, et d'autre part ont défini un cadre territorial plus cohérent grâce au réseau de prise en charge coordonnée des urgences. C'est sur ces bases qu'a été révisé en 2008 le SROS 2006-2011 et qu'ont été délivrées les nouvelles autorisations de médecine d'urgence aux établissements de santé de la région Bourgogne (cf. partie 2.3)

L'organisation de la prise en charge des urgences doit poursuivre un triple objectif d'amélioration de l'accès aux soins, d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que de l'efficacité. L'organisation territoriale des urgences doit par ailleurs être articulée en amont de l'arrivée aux urgences, ce qui nécessite une coordination des prises en charge, dans la cadre de la permanence des soins ambulatoires et avec les transporteurs sanitaires et les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS). Cette coordination doit être favorisée par une régulation médicale qui, traitant des demandes de médecine d'urgence ou de médecine générale, est appelée à devenir le pivot du système. D'où la nécessaire cohérence entre le SROS et le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) d'une part, et entre le SROS et les Schémas Départementaux d'Analyse et de Couverture du Risque (SDACR) d'autre part.

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

Rappel des objectifs du SROS 2006-2011	Bilan des actions réalisées
Mutualiser et rationaliser les moyens des structures d'urgence : implication des praticiens de l'établissement, moyens humains SAMU/SMUR/SU, fédérations, maillage renforcé des SMUR, mise en place d'une fédération médicale inter hospitalière des structures d'urgences dans chacun des territoires de santé	Objectif d'implantation d'activités respectées, mutualisations non effectives sur l'ensemble des sites, difficultés de mise aux normes de certains SMUR.
Améliorer la filière de prise en charge des urgences par la mise en place du réseau des urgences (organisation des filières, gradation des plateaux techniques)	Constitution du réseau des urgences en janvier 2011 ; absence de fédérations médicales dans chaque territoire

Mise en place d'un système d'information et de veille : répertoire opérationnel des ressources, fiches de dysfonctionnement...	Système d'information en cours, attente du ROR.
Articuler les urgences hospitalières avec la permanence des soins via les orientations portées par la mission régionale de santé.	Renforcement en moyens humains de la régulation, rationalisation effective du nombre de secteurs de PDS, amorce du développement de l'organisation de la médecine libérale avec le fonctionnement des maisons médicales de gardes (MMG), défaut de mise en cohérence des moyens des SDIS et des urgences définis dans le SROS et les 4 schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR)

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Indicateurs clés régionaux pour l'activité médecine d'urgence	2011
Dotation régionale MIG SAMU	5 767 771 €
Dotation régionale MIG SMUR	25 910 575 €
Nombre de passages aux urgences donnant lieu à ATU	318 485
Valorisation forfaits ATU facturés	25 617 063 €
Montant des remboursements aux SDIS liés aux carences ambulancières, soit 4097 carences pour les 4 départements	430 190€ (données 2010)

2.2.2 Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Caractéristiques territoriales
21	Maillage effectif en structures, activités spécialisées sur le site pivot, SMUR hélicopté à vocation interdépartementale
58	Difficultés de couverture géographique de la zone du Morvan et démographie médicale fragile
71	Maillage effectif en structures mais existence de sites fragiles en matière d'activité
89	Fragilité des sites du sud 89 en matière d'activité, SMUR hélicopté à vocation interdépartementale
Total sur la Bourgogne	De nombreuses structures d'urgences + SMUR dont l'activité et les conditions techniques de fonctionnement ne sont pas partout optimales

2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

L'activité des services d'urgences augmente régulièrement de + 4% par an. La statistique SAE pour 2009 donnait un nombre de 487 771 passages aux urgences, dont 318 485 donnant lieu à facturation d'un ATU (passage non suivi d'hospitalisation). Cette croissance doit pouvoir être régulée par l'optimisation du dispositif de médecine ambulatoire et notamment de permanence des soins ambulatoires pour permettre une meilleure orientation du patient (régulation libérale, maisons médicales de garde, maisons de santé pluridisciplinaires). En effet un certain nombre de passages relèvent de la médecine ambulatoire et ne nécessitent pas un besoin de soin urgent ou immédiat. Ainsi, 14% des patients accueillis dans les structures ou pris en charge par le SMUR sont codés en classification clinique des malades aux urgences (CCMU 1), soit en état clinique jugé stable appelant un examen clinique simple.

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

L'offre régionale de médecine d'urgence actuellement issue des autorisations délivrées suite aux décrets du 22 mai 2006 est la suivante :

- **4 centre de régulation des appels adressés au SAMU** (Centre de Réception et de Régulation des Appels, appelés Centres 15) : CHU de Dijon (centre 15 + régulation libérale), CH de Chalon sur Saône, (centre 15 + régulation libérale) CH d'Auxerre (centre 15 + régulation libérale), CH de Nevers (centre 15 + régulation libérale).
- **22 services de médecine d'urgence** : CH d'Autun, Hôtel Dieu Le Creusot, CH Montceau, CH Chalon, CH Paray le Monial, CH de Macon, CH de Sens, CH de Joigny, CH d'Auxerre, Polyclinique d'Auxerre, CH de Tonnerre, CH d'Avallon, CH de Clamecy, CH de Nevers, CH de Cosne sur Loire, CH de Decize, CHU de Dijon, Clinique de Chenove, CHIC de Chatillon Montbard (sur 2 sites), CH de Semur, CH de Beaune.

Par ailleurs, ont été reconnus à la Clinique de Fontaine les Dijon, établissement non autorisé en médecine d'urgence, un plateau technique spécialisé en chirurgie de la main et un plateau technique spécialisé en cardiologie interventionnelle.

- **20 SMUR (structure mobile des urgences et de réanimation)** : CH d'Autun, Hôtel Dieu Le Creusot, CH Montceau, CH Chalon, CH Paray le Monial, CH de Macon, CH de Sens, CH de Joigny, CH d'Auxerre, CH de Tonnerre, CH d'Avallon, CH de Clamecy, CH de Nevers, CH de Cosne sur Loire, CH de Decize, CHU de Dijon, CHIC de Chatillon Montbard (sur 2 sites), CH de Semur, CH de Beaune.

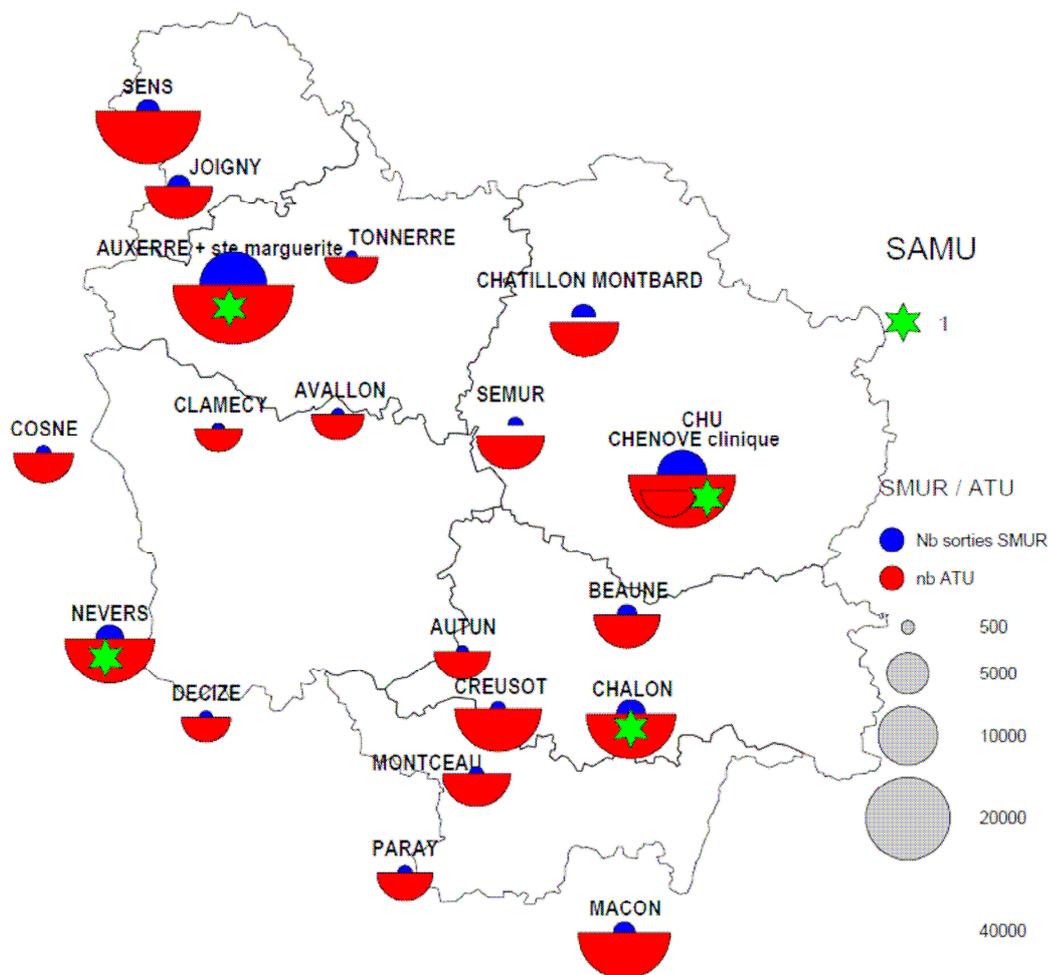
2 sites disposent d'un SMUR hélicoptéré : Dijon et Auxerre

1 site dispose d'un SMUR pédiatrique : Dijon

Territoires de santé	Nombre de structures d'accueil	Nombre de SMUR (dont hélicoptérés)	Nombre de sorties SMUR (primaires et secondaires)	Nombre de dossiers régulation traités Centre 15
21	6	5 (1)	9 624	81 559
58	4 (*)	4 (*)	3 822	51 548
71	6	6	6 970	88 504
89	6	5 (1)	5 327	66 156
Total Bourgogne	22	20	25 743	287 767

(*) Concerne le CH de Clamecy intégré au GCS sur 89 mais relevant du département de la Nièvre

Source : données 2010 « réseau des urgences »



Concernant l'activité des SAMU/Centres de Réception et de Régulation des Appels

La Bourgogne compte 4 SAMU/Centres 15 assurant chacun la couverture de leur département. La démarche de modernisation et d'informatisation des SAMU est engagée, de même pour le déploiement des systèmes de radiocommunication numérique (ANTARES) permettant l'interopérabilité des radiocommunications entre SAMU et SDIS.

Chaque centre 15 dispose d'une ligne de régulation médicale hospitalière assurée par un médecin de statut hospitalier H24, à l'exception de celui de la Nièvre où une partie de la permanence est assurée exclusivement par l'association des médecins libéraux. Le nombre de dossiers de régulation varie de 88 500 (SAMU 71) et 81 500 (SAMU 21) à 51500 (SAMU 58) et 66 000 (SAMU 89). La proportion d'appels régulés médicalement est très variable

département	Cote d'or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne
Nbre d'appels entrants centre 15	235 893	82 825	230 771	<i>inconnu</i>
Nbre de dossiers de régulation ouverts	81 559	51 548	88 504	66 156
Nbre de dossiers de régulation médicale (affaires traitées) par régulateur hospitalier	47 056	49 324	47 900	27 203
Nbre de dossiers de régulation médicale (affaires traitées) par régulateur libéral	25 576	2 224	40 604	12 174

Il existe une certaine hétérogénéité dans le fonctionnement des 4 centres 15 en matière d'activité, d'équipements utilisés et de ressources humaines affectées.

Concernant l'activité des SAMU/SMUR et des transports sanitaires

Les 20 SMUR terrestres qui maillent la Bourgogne assurent une couverture satisfaisante du territoire, complétés par les 2 SMUR hélicoptérés. L'organisation de l'urgence pré-hospitalière est par ailleurs assurée par l'intervention des SDIS et celles des entreprises de transports sanitaires, chacun participant à la mission d'aide médicale urgente (AMU) dans le respect des référentiels nationaux récents, dont la mise en œuvre se décline dans chaque département à travers des conventions bi ou tripartites.

Les SDIS, à l'appui du maillage constitué par leur réseau des centres d'intervention et par le biais de conventions permettant de doter les SMUR de moyens humains et techniques, notamment en Saône et Loire, contribuent ainsi fortement au fonctionnement et à l'organisation des urgences pré-hospitalières. De leur côté, les entreprises de transports sanitaires participent aux transports des malades en urgences à travers notamment la garde ambulancière. A souligner toutefois un nombre élevé de carences ambulancières qui mobilisent les moyens des SDIS et s'avèrent coûteuses pour les établissements de santé.

Le niveau d'activité est très hétérogène entre les différents SMUR. Ainsi, plusieurs sites ont une activité inférieure à 500 sorties par an.

Concernant l'activité des services de médecine d'urgence

Les 22 services de médecine d'urgences connaissent également un niveau d'activité très hétérogène, allant de plus de 30 000 passages par an à moins de 10 000. Certains de ces sites rencontrent par ailleurs des problèmes de démographie médicale, avec la particularité que ces problèmes ne concernent pas que les services à faible activité. L'état du plateau technique est variable d'un site à l'autre. Le pourcentage de patients hospitalisés après passage aux urgences, indicateur de gravité et d'adéquation du recours au service d'urgences varie considérablement de 10,2 % à 42 % selon les sites.

Dans certaines zones, le recours aux services d'urgences est induit par la carence de la permanence des soins ambulatoires.

2.3.2 Analyse qualitative de l'offre

Thématiques	Analyse qualitative
Structures d'urgences et SMUR	Les orientations du SROS 2006-2011 en matière d'implantations ont été respectées. Les structures d'urgences et les SMUR sont encore nombreux au regard de leur activité et de la capacité de financement. Cette situation rend plus difficile : <ul style="list-style-type: none"> ✓ le recrutement et le maintien des expertises médicales (dispersion,

	<p>isolement, faible activité) ✓ le respect des normes (notamment pour les équipes SMUR)</p>
Réseau régional des urgences de Bourgogne	Le réseau régional des urgences a été constitué et mis en place en janvier 2011
Mutualisation des ressources	La mise en place d'une fédération médicale inter hospitalière des structures d'urgences dans chacun des territoires de santé n'est pas effective et les mutualisations SAMU/SMUR/SU ne sont pas effectives sur l'ensemble des sites et territoires.
Filières de prise en charge spécialisées (AVC, personnes âgées, cardiologie, ...)	Les filières spécialisées sont en cours d'élaboration et devront être déclinées de façon opérationnelle pour chaque territoire. Le réseau des urgences nouvellement constitué est missionné par l'ARS Bourgogne pour proposer en 2012 leur structuration et accompagner la mise en place effective de ces filières.
Systèmes d'informatisation	Les systèmes d'informatisation actuels des structures d'urgence ne permettent pas le déploiement du projet ROR (répertoire opérationnel des ressources), l'interopérabilité avec les SDIS et entre centres de régulation.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

Objectif général n°1 : articuler la permanence des soins ambulatoires et la médecine d'urgences

La synergie entre le dispositif de médecine ambulatoire et les services d'urgences doit être recherchée de manière à assurer aux patients le soin le plus adapté à leur état de santé dans des délais compatibles avec celui-ci.

Il convient de veiller à la coordination des prises en charge entre le dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA) et les établissements de santé. L'adossement des points fixes de gardes à des structures de soins (MSP, ex hôpitaux locaux, services d'urgence) doit être recherché afin de donner une meilleure lisibilité de l'offre et renforcer la coopération entre professionnels.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Articuler les dispositifs de régulation libérale avec les centres 15	Mettre en œuvre le cahier des charges régional de la PDSA arrêté par l'ARS Bourgogne
Objectif spécifique n°2 Assurer la cohérence entre les points fixes de garde de la PDSA et les services de médecine d'urgences	Mettre en œuvre le cahier des charges régional de la PDSA arrêté par l'ARS Bourgogne

Objectif général n°2 : évaluer les pratiques en médecine d'urgence

Au sein du réseau régional des urgences de Bourgogne (RUB), l'observatoire régional des urgences de Bourgogne (ORUB) est missionné par l'ARS de Bourgogne pour évaluer le fonctionnement quantitatif et qualitatif des SAMU/centres 15, des services de médecine d'urgence et des SMUR. Dans ce cadre il est chargé d'exploiter les fiches de dysfonctionnement remplies par les services (telles que définies dans l'arrêté du 12 février 2007). Sur la base de ces évaluations, il proposera à l'ARS de Bourgogne les modifications à apporter en termes de fonctionnement et d'organisation pour optimiser le service rendu et le maillage territorial. C'est sur la base de ces évaluations que l'ARS Bourgogne procédera aux ajustements nécessaires en termes d'organisation de la médecine d'urgences en Bourgogne, en se réservant la possibilité de revoir les autorisations délivrées.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1 Installer et mettre en œuvre en 2012 l'observatoire régional des urgences de Bourgogne</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre le répertoire opérationnel des ressources (ROR) - Finaliser les outils favorisant l'opérationnalité et l'efficacité du dispositif régional des urgences
<p>Objectif spécifique n°2 Evaluer le fonctionnement et les pratiques des services de médecine d'urgence, des SMUR et des centres 15.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Définir et suivre les indicateurs d'évaluation quantitative et qualitative au regard des normes et des conditions techniques définies réglementairement, des référentiels de la haute autorité en santé et des sociétés savantes Mettre en place d'une grille d'évaluation sur la base de ces indicateurs Exploitation des données et évaluation sur site par l'ORUB Proposer des évolutions et des améliorations pour optimiser le service rendu et le maillage territorial

Objectif général n°3 : optimiser le fonctionnement de la régulation hospitalière

Les 4 centres 15 de la région Bourgogne existants sont maintenus dans le cadre du présent SROS.

Toutefois, afin d'optimiser leur fonctionnement et de garantir la qualité et la sécurité 24h/24H, les 4 centres 15 de la région Bourgogne doivent définir un fonctionnement régional mutualisé qui permettent l'interopérabilité technique et la possibilité de mutualiser les équipes, afin de pallier le cas échéant les problèmes de démographie médicale.

Le fonctionnement régional mutualisé, qu'il appartient aux 4 centres 15 de définir et de mettre en place dans un délai d'un an à compter de la date de publication du PRS de Bourgogne, doit leur permettre à chacun de satisfaire les normes techniques de fonctionnement définies réglementairement, et de garantir ainsi leur maintien.

Quel que soit le schéma d'organisation retenu pour leur organisation, les 4 SAMU, outre leur mission de régulation, doivent assurer leurs autres missions directement liées à l'exercice de l'aide médicale urgente pour leur département : éducation sanitaire, prévention, recherche, participation à la mise en œuvre des plans d'organisation des secours, astreinte de directeur des secours médicaux, formation...

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1 Définir dans un délai d'un an à compter de la date de publication du PRS de Bourgogne un fonctionnement régional mutualisé des 4 centres 15 à partir d'une analyse basée sur des critères de qualité et sur le service rendu, pour pallier notamment les insuffisances de personnels médicaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser le fonctionnement des 4 centres 15 par l'ORUB, missionné par l'ARS Bourgogne, sur la base des indicateurs définis précédemment - Veiller à la cohérence de cette organisation avec celle retenue pour la PDSA. - Assurer l'opérationnalité du système d'information et de communication des 4 SAMU - Les centres 15 devront définir ce fonctionnement régional mutualisé entre eux dans un délai d'un an à compter de la date de publication du PRS de Bourgogne. Une évaluation sur site sera réalisée afin de vérifier le respect des normes et des conditions techniques de fonctionnement définis réglementairement.
<p>Objectif spécifique n°2 Assurer, dans le cadre des CODAMUPTS (sous-comité des transports), la coordination entre les SAMU, les SDIS et les transporteurs sanitaires pour garantir au patient le mode de transport le mieux adapté</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la cohérence entre le SROS et les SDACR (ARS/Préfets) - Harmoniser la déclinaison des référentiels SAMU/SDIS et SAMU/TS dans la convention bi ou tripartite départementale - Généraliser la mise en place des coordonnateurs ambulanciers et assurer une garde ambulancière H24 dans les territoires - Disposer des logiciels de géo localisation au sein des SAMU pour mieux identifier les moyens ambulanciers disponibles
<p>Objectif spécifique n°3 Finaliser les filières de prise en charge spécialisées</p>	<p>Missionner le RUB pour élaborer ces filières et accompagner leur mise en œuvre après validation par l'ARS Bourgogne</p>

Objectif général n°4 : optimiser le fonctionnement des services de médecine d'urgences

Les 22 services de médecine d'urgence existants en région Bourgogne sont maintenus dans le cadre du présent SROS, afin d'assurer un maillage territorial adapté.

Dans ce cadre chacun des 22 services doit respecter les conditions techniques de fonctionnement définies réglementairement afin que la réponse apportée aux besoins de prise en charge soit de qualité et efficiente quelque soit le lieu où est implanté le service de médecine d'urgences. C'est la raison pour laquelle les services de médecine d'urgences, dans chacun des 6 territoires de projet hospitalier, disposent d'un délai d'un an à compter de la date de publication du PRS de Bourgogne, pour définir un fonctionnement territorial mutualisé qui permette de garantir qualité et sécurité des soins sur chacun des sites et une équité des charges incombant à chacun.

Compte tenu des problèmes de démographie médicale rencontrés par les services de médecine d'urgence pour assurer un fonctionnement optimal 24h/24h, il est nécessaire que, sur chacun des territoires de projet hospitalier, les équipes des services de médecine d'urgences soient mutualisées, selon des modalités qu'il appartient aux établissements titulaires des autorisations de définir en lien avec les médecins urgentistes, afin de pallier aux problèmes quantitatifs d'effectifs médicaux et de modalités de recrutement par les établissements de santé. Les équipes des services de médecine d'urgences des territoires de projet hospitalier doivent être solidaires et complémentaires.

Enfin, la suppression de la PDSA pendant la nuit profonde (de minuit à 8 heures) justifie le maintien des 22 services d'urgences qui doivent assurer la PDSA sur cette période dès publication par l'ARS de Bourgogne du cahier des charges régional de la PDSA de Bourgogne.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1 Définir dans un délai d'un an à compter de la date de publication du PRS de Bourgogne, dans chacun des 6 territoires de projet hospitalier, un fonctionnement territorial mutualisé des services de médecine d'urgence, à partir d'une analyse basée sur des critères de qualité et sur le service rendu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser le fonctionnement des 22 services de médecine d'urgences par l'ORUB, missionné par l'ARS Bourgogne, sur la base des indicateurs définis précédemment - Veiller à la cohérence de cette organisation avec celle retenue pour la PDSA. - Les services de médecine d'urgence de chaque territoire de projet hospitalier devront définir ce fonctionnement territorial mutualisé entre eux dans un délai d'un an à compter de la date de publication du PRS de Bourgogne, selon des modalités qui devront être définies par les établissements titulaires des autorisations. A défaut les établissements seront dans l'obligation de constituer un groupement de coopération sanitaire par territoire de projet hospitalier pour mutualiser les moyens des services de médecine d'urgence et des SMUR. - Une évaluation sur site sera réalisée afin de vérifier le respect des normes et des conditions techniques de fonctionnement définis réglementairement.
<p>Objectif spécifique n°2 Développer des organisations complémentaires de prise en charge dans le cadre de l'offre de premier recours.</p>	<p>Développer les maisons médicales de garde, privilégier les points fixes de gardes dans le cadre de la PDSA Mettre en œuvre les orientations du cahier des charges régional de la PDSA</p>
<p>Objectif spécifique n°3 Assurer la PDSA pendant la période de nuit profonde de minuit à 8 heures</p>	<p>Le cahier des charges régional de la PDSA supprime la PDSA pendant la période de nuit profonde de minuit à 8 heures. Pendant cette période la PDSA doit être assurée par les services de médecine d'urgences</p>

Objectif général n°5 : Optimiser le fonctionnement des SMUR

Les 20 SMUR existants qui maillent la région Bourgogne sont maintenus dans le présent SROS.

Néanmoins, comme pour les services de médecine d'urgence, les SMUR doivent respecter les conditions techniques de fonctionnement définies réglementairement afin que la réponse apportée aux besoins de prise en charge soit de qualité et efficiente.

Concernant les SMUR hélicoptérés, il est nécessaire que leur régulation soit régionalisée afin de les utiliser de manière efficiente.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1 (SMUR terrestres) : Maintenir les SMUR dans le respect des conditions techniques de fonctionnement et de l'efficacité de l'activité en cohérence avec l'organisation des services de médecine d'urgences</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser le fonctionnement des 20 services de médecine d'urgences par l'ORUB, missionné par l'ARS Bourgogne, sur la base des indicateurs définis précédemment - Veiller à la cohérence de cette organisation avec celle retenue dans les SDACR - Une évaluation sur site sera réalisée afin de vérifier le respect des normes et des conditions techniques de fonctionnement définis réglementairement.
<p>Objectif spécifique n°2 : Redéfinir l'organisation des transports secondaires dans le département la Saône et Loire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer le fonctionnement actuel - Axe stratégique du contrat de performance du centre hospitalier de Chalon sur Saône auquel est rattaché à l'heure actuelle le centre 15 de Saône et Loire
<p>Objectif spécifique n°3 Mettre en place dans les zones éloignées d'un SMUR ou d'un service d'urgence des médecins correspondants de SAMU pour garantir une réponse de proximité dans les 30 minutes précédant l'arrivée du SMUR déclenché simultanément</p>	<p>Les SAMU doivent proposer un dispositif de formation commune avec les SDIS (CESU en particulier)</p>
<p>Objectif spécifique n°4 (SMUR hélicoptérés) : Mettre en place une régulation régionalisée unique des deux hélicoptères sanitaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'ORUB est missionné par l'ARS Bourgogne pour obtenir et analyser l'activité des 2 hélicoptères de la région Bourgogne - L'ORUB est missionné par l'ARS Bourgogne pour définir la régulation régionalisée des hélicoptères sanitaires de la région et accompagner sa mise en œuvre

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des soins

Missionné par l'ARS Bourgogne, le réseau régional des urgences de Bourgogne (RUB) a pour objectif de redéfinir l'organisation des ressources de médecine d'urgences via :

- l'implication des établissements intervenant dans la prise en charge des soins non programmés en amont et en aval des structures d'urgence
- l'articulation des SMUR avec les médecins correspondants de SAMU dans les zones dites blanches (distantes de plus de 30 minutes d'un SMUR)
- l'implication dans la prise en charge des urgences des praticiens hospitaliers non urgentistes des établissements disposant d'un plateau technique hautement spécialisé et les établissements de recours pour certaines spécialités (soins intensifs, réanimation adulte, pédiatrique et néonatale, urgence mains, neurochirurgie)
- la mise en place du répertoire opérationnel des ressources (ROR) en collaboration étroite avec le GCS e-santé

Ainsi, après validation par l'ARS Bourgogne, le RUB mettra en place les filières de prise en charge optimisant le parcours de soin du patient vers le plateau technique adéquat. Chaque territoire devra préciser les modalités de prise en charge et d'orientation des patients plus particulièrement lorsque le pronostic vital et/ou fonctionnel est engagé en :

- traumatologie grave
- neurologie
- pathologie cardiovasculaire
- pédiatrie
- obstétrique et néonatalogie
- gériatrie
- chirurgie de la main

Cette organisation mise en place dans le cadre des filières de prise en charge, en fonction de la gradation des soins, doit être définie en lien avec les établissements disposant d'un SAMU centre 15 et les spécialistes des plateaux techniques concernés. Elle sera validée par l'ARS Bourgogne avant déploiement et fera l'objet d'une évaluation régulière par l'observatoire régional des urgences de Bourgogne (ORUB).

4.2 Missions de service public

Au regard de l'article L 6111-1 du code de santé publique (CSP), les établissements de santé peuvent être appelés à assurer une mission de service public. Dans le cadre de la médecine d'urgence, deux missions sont identifiées : la permanence des soins et l'aide médicale urgente.

L'exercice par un établissement de santé de l'activité de soins de médecine d'urgence mentionnée à l'article R 6122-25 du CSP, doit cependant être autorisé selon une ou plusieurs modalités : centre de régulation des appels, structure d'accueil et SMUR.

La permanence des soins en médecine d'urgence doit par ailleurs être en cohérence avec le schéma-cible de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) défini dans le présent SROS.

Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) qu'il appartient au RUB de mettre en place doit prendre en compte l'organisation de la PDSSES pour l'ensemble des structures pouvant accueillir des malades en aval des urgences.

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

L'organisation des urgences doit être articulée avec les ressources en soins ambulatoires et le secteur médico social pour garantir une meilleure organisation en amont de l'arrivée aux urgences ainsi qu'en aval de cette prise en charge.

Concernant le lien avec la médecine ambulatoire, il convient de veiller à la coordination des prises en charges dans le cadre de la PDSA entre les professionnels de santé assurant celle-ci et les établissements de santé disposant d'un service d'urgence. C'est la raison pour laquelle SROS et cahier des charges régional de la PDSA ont été élaborés conjointement.

Concernant le lien avec les laboratoires, l'organisation des services de médecine d'urgences devra être conforme aux objectifs et orientations du présent SROS en matière de biologie médicale.

La possibilité d'un accès direct aux structures de soins de suite et de réadaptation, court séjour gériatrie, dispositif d'urgence médico-sociale doit être favorisée pour offrir au patient concerné des soins adaptés à son état de santé dans les meilleurs délais et dans les meilleures conditions possibles, tout en recentrant les services de médecine d'urgence sur la prise en charge de l'urgence vitale.

Ainsi, conformément au Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), une attention particulière sera portée aux populations les plus fragiles : le RUB élaborera pour chaque territoire une filière spécifique « personnes âgées » dans le but d'éviter des points de rupture dans le parcours de vie de la personne âgée. A cet effet, il pourra s'appuyer sur les recommandations suivantes :

- favoriser la présence de l'équipe mobile de gériatrie aux urgences
- favoriser les conventions entre les dispositifs de coordination et les services des urgences
- favoriser les structures d'hébergement temporaires au sein des EHPAD en procédure d'urgence

4.4 Coopérations

En matière de médecine d'urgence, plusieurs modalités/outils de coopération sont à la disposition des établissements et des professionnels, afin de définir notamment le fonctionnement régional mutualisé des centres 15 et le fonctionnement territorial mutualisé des services de médecine d'urgence :

- les Groupements de Coopérations Sanitaires (GCS) destinés à la mutualisation de moyens
- la convention constitutive du Réseau régional des urgences
- les Fédérations médicales hospitalières
- les systèmes d'information en cohérence avec le programme Télésanté Bourgogne, schéma directeur et systèmes d'info : ROR et observatoire régional des urgences (ORU), interconnexion entre les SAMU, interconnexion SAMU SDIS, Logiciels de coordination avec les transporteurs sanitaires
- les conventions SAMU/SDIS, SAMU transporteurs sanitaires
- les collaborations des médecins régulateurs libéraux et hospitaliers au sein des centres de régulation des appels.

5 Objectifs quantifiés / de répartition de l'offre de soins

5.1 Implantations

Centre de réception et de régulation des appels (Centre 15)

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte d'Or	1	1
Nièvre	1	1 ou 0
Saône et Loire	1	1
Yonne	1	1 ou 0
Total sur la région Bourgogne	4	4 ou 2

Services de médecine d'urgence

Territoires de santé	Existant (autorisations/implantations géographiques)	Cible SROS (autorisations/implantations géographiques)
Côte d'Or	5/6	5/6
Nièvre	4/4	4/4
Saône et Loire	6/6	6/6
Yonne	6/6	6/6
Total sur la région Bourgogne	21/22	21/22

SMUR

Territoires de santé	Existant (autorisations/implantations géographiques)	Cible SROS (autorisations/implantations géographiques)
Côte d'Or	4/5	4/5
Nièvre	4/4	4/4
Saône et Loire	6/6	6/6
Yonne	5/5	5/5
Total sur la région Bourgogne	19/20	19/20

5.2 Accessibilité

5.2.1 Accessibilité géographique

L'accès aux soins (géographique) pour les soins non programmés et urgents est garanti d'une part par le maillage des services de médecine d'urgence et des SMUR et d'autre part par l'existence de filières de soins spécialisées.

Le maintien dans le présent SROS des 22 services de médecine d'urgence et des 20 SMUR (dont deux sont hélicoptérés à vocation régionale), complétés des structures ambulatoires de premier recours, des conventions avec les SDIS et des médecins correspondants de SAMU, permet d'assurer d'une manière générale un accès à un service de médecine d'urgence et/ou une intervention d'un SMUR dans un délai inférieur ou égal à 30 minutes.

La mise en cohérence du SROS et des SDACR permet de s'assurer de l'efficacité et de la disponibilité des ressources en matière d'aide médicale urgente sur les territoires.

5.2.2 Accessibilité financière

Non concerné.

5.3 Créations / suppressions / transformations / regroupements

Synthèse régionale :

1. Les centres de réception et de régulation des appels (CRRA)

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
0	0 ou 2	0	4 ou 2 sites de régulation

2. Les structures d'urgences

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
-néant	0	0	0

3. Les SMUR terrestres

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements

0	0	0	0
---	---	---	---

4. Les SMUR hélicoptérés

Il convient de finaliser les préconisations déjà annoncées par le SROS 2006-2011, à savoir :

- la mise en place d'une coordination du fonctionnement des deux hélicoptères dans le cadre d'une régulation unique régionale pour les deux appareils qui permettra une transparence accrue des disponibilités du matériel
 - un reporting de l'activité qui sera réalisé par l'ORUB de Bourgogne, missionné par l'ARS de Bourgogne
- Tout en sachant que le choix est fait de maintenir les 20 SMUR terrestres dans le cadre du présent SROS.

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectifs général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Médecine d'urgence	Articuler la permanence des soins ambulatoires et la médecine d'urgences	Nombre de passages aux urgences donnant lieu à facturation d'un ATU (passage non suivi d'hospitalisation)
		Nombre d'appels téléphoniques reçus par les CRRA
	Optimiser le fonctionnement de la régulation hospitalière	Taux de renseignement du ROR par les établissements de santé (MCO, SSR, CHS...)
		Nombre d'établissements de santé ayant accès aux données du ROR (MCO, SSR, CHS ...)
		Nombre d'ETP de PARM au sein des CRRA
		Nombre de lignes de médecins régulateurs en fonction de la période du nycthémère et de la semaine pour chaque CRRA
		Nombre de filières de prise en charge spécialisées effectives
		Nombre de filières « personnes âgées » mises en place (commun avec le SROMS)
		Analyse quantitative et qualitative des dysfonctionnements
	Optimiser le fonctionnement des SMUR	Nombre de médecins correspondants SAMU formés et ayant signé convention avec le SAMU
Mise en place d'une régulation régionalisée unique des		

		deux hélicoptères
	Optimiser le fonctionnement des services de médecine d'urgences	Nombre de passages dans les services d'urgence en fonction de la période (06h/08h, 08h/20h, 20h/24h, 24h/06h)
		Nombre de maisons médicales de garde (MMG)
		Nombre de consultations réalisées au sein des MMG, entre 20h et 8h
		Nombre de territoire de projet hospitalier avec une organisation mutualisée



Soins de longue durée

1 Champ et périmètre

Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou poly-pathologie, soit active, soit au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques mentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum (examens de biologie, de radiologie, électrocardiogrammes,...).

2 Analyse des besoins et de l'offre

Présentation du bilan de la politique régionale

Les objectifs du SROS 2006-2011 étaient de :

- organiser un maillage harmonieux de la Bourgogne en apportant une réponse de proximité. Une filière gériatrique comprenant court séjour, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de consultation et d'hôpital de jour gériatrique, équipes mobiles gériatriques (EMG), permettant d'accéder à toutes les unités nécessaires à la prise en charge des personnes âgées doit être mise en place dans chaque territoire,
- assurer une prise en charge de qualité, pluridisciplinaire (kinésithérapie, ergothérapie, orthophoniste, podologue, psychologue, diététicienne, assistante sociale...)
- organiser les soins et accompagnements spécifiques pour des populations particulières : personnes de moins 60 ans (AVC, maladies neurologiques dégénératives...), personnes âgées malades psychiatriques....,
- renforcer les liens au sein de la filière, avec les établissements et les services médico-sociaux.

Suite à la partition prévue par la loi de financement de la sécurité sociale 2006, 17 USLD ont été reconnues, la partition s'est terminée au premier janvier 2011. La répartition par territoire est la suivante :

- 6 en Côte d'Or
- 6 dans la Nièvre
- 3 dans la Saône et Loire
- 2 dans l'Yonne

Les centres référents en gériatrie disposent soit d'une USLD au sein de l'établissement de santé, soit d'une USLD implantée dans un établissement de la zone géographique.

Une étude a été réalisée pour élaborer le présent schéma (15 USLD sur les 17 interrogées ont répondu. Il ressort que les permanences infirmière et médicale sont assurées dans 14 établissements sur 15 ; parfois par mutualisation avec le personnel d'un autre service de l'établissement (SSR-court séjour) ou d'un autre établissement. L'accès à des personnels de rééducation, notamment les kinésithérapeutes, est difficile en raison du manque d'attractivité des postes salariés et de la rareté de ces professionnels, surtout dans les zones rurales.

L'organisation des soins et accompagnements spécifiques pour des populations particulières, personnes de moins de 60 ans et personnes âgées malades psychiatriques, est peu développée. 2 structures accueillent plus spécifiquement des personnes atteintes de troubles psychiatriques chroniques, 1 service est individualisé au CH de Macon pour l'accueil de personnes de moins de 60 ans présentant des pathologies neurologiques.

Des liens existent entre service médico-social et sanitaire, notamment lorsqu'ils sont situés dans le même établissement. Cependant le transfert s'avère plus difficile lorsqu'il existe une différence du reste à charge pour le résident.

Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.1.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Les coupes PATHOS réalisées en 2006-2007 sur les USLD autorisées et les ex-USLD, transformées en EHPAD avant cette période ont permis de quantifier approximativement les besoins en Bourgogne. Cette estimation des besoins est faite à partir du nombre de personnes dont l'état de santé nécessite des soins médico-techniques importants (SMTI), auquel est ajouté le nombre de patients en fin de vie (M2). Cette étude a montré que 591 personnes en USLD et 834 en ex-USLD, soit un total de 1425 étaient classées SMTI ou M2. La prise en compte de l'évolution de la population de 75 ans de 2004 à 2010 a amené à proposer une capacité moyenne de 1510 lits d'USLD.

2.1.2 Caractéristiques territoriales

Ces 1510 lits potentiels étaient répartis ainsi sur les départements de la Région :

Territoires de santé	Nombre de lits proposés
Cote d'Or	380
Nièvre	270
Saône et Loire	550
Yonne	310
Bourgogne	1510

La partition prévue par l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2006 s'est terminée au premier janvier 2011 par la transformation en EHPAD des services de Semur en Auxois et Decize et le regroupement sur le site de Paray le Monial des USLD de Digoïn et Paray.

2.1.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

L'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale 2006 prévoyait la partition des USLD afin de les distinguer des EHPAD.

La partition a identifié 817 lits sur la Bourgogne, soit une capacité en lits inférieure de près de la moitié des lits initialement prévue dans le SROS.

La circulaire relative à la campagne budgétaire 2011 des établissements de santé prévoit la réalisation de coupes PATHOS dans les USLD redéfinies.

Depuis plusieurs années une augmentation de l'indicateur mesurant les besoins en soins des résidents accueillis en EHPAD est constatée. Sur les années 2008-2009-2010, le PATHOS moyen pondéré (PMP), est passé de 158 à 180. Devant l'augmentation de la lourdeur des soins, les directeurs de certains établissements demandent à pouvoir disposer d'une infirmière de nuit pour assurer une surveillance plus médicalisée. Le pourcentage de résidents nécessitant des soins médico-techniques important atteint actuellement 10.3 % en EHPAD.

Le blocage de filière engendré par la difficulté à trouver des structures d'aval adaptées pour les personnes jeunes persiste.

Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.1.4 Offre quantitative et territorialisée

Territoires de santé	Population de plus de 75 ans (INSEE 2009)	Capacité actuelle	Taux d'équipement pour 1000 personnes de + 75 ans
Cote d'Or	44 684	192	4.29
Nièvre	27 976	270	9.65
Saône et Loire	61 538	255	4,14
Yonne	36 573	100	2.73
Bourgogne	170 711	817	4.78

La circulaire budgétaire 2011 des établissements sanitaires indique un taux d'équipement d'USLD moyen national de 6.4 pour 1000 personnes de plus de 75 ans. Ce taux est de 4.8 pour 1000 en Bourgogne, il varie de façon importante entre les territoires. La Nièvre a un taux d'équipement supérieur au taux national. Les 3 autres territoires ont des taux très inférieurs, l'Yonne affiche un taux particulièrement faible.

Cette disparité est expliquée, en partie, par les établissements disposant d'USLD qui ont choisi de devenir EHPAD avant 2006 et qui, de ce fait, ont perdu l'autorisation d'USLD. Ces établissements, pour la plupart, continuent d'accueillir des résidents fragiles, relevant d'USLD.

2.1.5 Démographie des professionnels de santé

Les professions médicales

Les données du tableau ci-dessous correspondent aux effectifs de médecins salariés et libéraux au 1^{er} janvier 2010 (fichier ADELI). Les densités de ces professionnels sont calculées pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2010, sur la base des estimations de population 2009 faites par l'INSEE :

Médecin généraliste	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne	France
Nombre	910	285	738	453	2386	100815
Densité	174.01	129.65	133.01	132.03	145.42	161.37
55 ans et +	33%	45%	38%	44%	38%	37%

La Bourgogne présente une densité de médecins généralistes inférieure à la densité nationale. Il existe une disparité entre les territoires. En effet la densité est plus importante dans la Côte d'Or, les plus de 55 ans sont moins nombreux que France entière. Dans les trois autres territoires la densité est inférieure à celle du niveau national, mais la part des plus de 55 ans est supérieure.

Pour la spécialité gériatrique, les données sont issues de l'Atlas régional de démographie médicale, 2010, édité par le conseil national de l'ordre des médecins.

Géiatres	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne	France
* Nombre	13	5	11	3	36	970
Densité	2.48	2.26	1.98	0.87	2.19	1.55

La Bourgogne présente une densité de gériatre supérieure à la densité nationale. On note une disparité infra régionale: la densité est supérieure dans la Nièvre, la Côte d'Or et la Saône et Loire, et inférieure dans l'Yonne.

Les professions non médicales

Les données du tableau ci-dessous correspondent aux effectifs de professionnels salariés et libéraux au 1^{er} janvier 2010 (fichier ADELI). Leurs densités sont calculées pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2010, sur la base des estimations de population 2009 faites par l'INSEE :

	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne	France	France 2007
Infirmier							
Nombre	4595	1708	4130	2449	12882	479622	483380
Densité	878.63	777.02	744.36	713.77	785.14	767.72	785
Masseur-Kiné							
Nombre	595	162	432	240	1429	68923	62602
Densité	113.77	73.70	77.86	69.95	87.10	110.32	102
Orthophoniste							
Nombre	139	52	98	56	345	19247	17135
Densité	26.58	23.66	17.66	16.32	21.03	30.81	28
Psychologue							
Nombre	263	120	167	141	691	32205	
Densité	50.29	54.59	30.10	41.09	42.12	51.55	
Diététicien							
Nombre	47	29	58	33	167	6643	
Densité	8.99	13.19	10.45	9.62	10.18	10.63	

Psychomotricien							
Nombre	65	32	36	35	168	7510	6540
Densité	12.43	14.56	6.49	10.20	10.24	12.02	11

La région Bourgogne présente des densités de professionnels :

- inférieures à la valeur nationale pour les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les psychologues, les diététiciens et les psychomotriciens,
- supérieures à la valeur nationale pour les infirmiers.

Des disparités infrarégionales sont notées :

- la Nièvre a des densités supérieures à celles nationales pour les infirmiers, les psychologues, les psychomotriciens et les diététiciens,
- la Côte d'Or a des densités supérieures à celles nationales pour les infirmiers, les kinésithérapeutes et les psychomotriciens,
- la Saône et Loire et l'Yonne ont des densités inférieures à celles nationales et régionales, sauf pour les diététiciens dans la Saône et Loire.

Dans chaque territoire il est noté un déséquilibre entre zones urbaines et zones rurales, où les professionnels de santé sont plus rares, ce qui pose de nombreux problèmes de recrutement pour les établissements (absence de médecin coordonnateur formé à la gériatrie, infirmières en nombre insuffisant, accès à la rééducation difficile voir impossible).

Concernant les masseurs kinésithérapeutes, l'activité salariée est moins attractive que l'activité libérale.

A cela s'ajoute une image peu valorisante de la gériatrie auprès des professionnels de santé les plus jeunes.

2.1.6 Analyse qualitative de l'offre

L'analyse qualitative de l'offre peut être appréhendée au niveau de la prise en charge médicale des patients et de l'accompagnement spécifique pour des populations particulières : personnes âgées de moins de 60 ans, malades psychiatriques et patients souffrant de la maladie d'Alzheimer.

* Prise en charge médicale

Les conditions techniques de fonctionnement sont précisées par l'arrêté du 12 mai 2006 et portent sur la continuité des soins et la surveillance des patients.

Les éléments tirés d'un questionnaire adressé aux établissements en juin 2011 montrent, au niveau des équipes soignantes, une situation très hétérogène pour ce qui concerne la présence de médecins gériatres. Dans la plupart des établissements le nombre d'infirmiers présents est inférieur à l'effectif théorique en raison de la difficulté de recrutement et un temps d'intervention de kinésithérapeute extrêmement faible. La permanence médicale et infirmière est assurée mais souvent par mutualisation avec d'autres services.

Au niveau des équipements, l'ensemble des USLD, hormis un établissement, dispose de chambres équipées en fluides médicaux.

* Prise en charge des moins de 60 ans

Dans l'étude menée en 2006, la proportion des personnes de moins de 60 ans était évaluée à 4 % de la population accueillie. Lors de l'enquête 2011, la proportion de moins de 60 ans représentait 6,3 %.

Les possibilités de prendre en charge des patients de moins de 60 ans sont très variables d'un établissement à l'autre. En effet, le projet de vie est très différent selon l'âge (moins de 40 ans ou plus de 55 ans) et nécessite une formation des professionnels.

* Malades psychiatriques

Dans le SROS précédent, la problématique de la gérontopsychiatrie tendait à reconnaître au moins une unité de psycho-gériatrie SLD dans chaque centre référent en gériatrie.
Actuellement, seuls deux départements disposent d'un tel équipement : la Côte d'Or et la Saône et Loire.

* Malades Alzheimer

Les nouveaux dispositifs PASA (pôles d'activités et de soins adaptés) et UHR (unités d'hébergement renforcées) sont pris en compte par les établissements et des projets ont été déposés mais actuellement aucune structure USLD (sauf MACON) ne dispose de structure adaptée pour ce type de patients.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

Objectif général n°1 : réduire les inégalités territoriales en matière d'implantation et de capacité

Le bilan de l'existant montre une inégalité territoriale en matière d'implantation et de capacité avec des territoires qui ont seulement 2 ou 4 implantations. De plus l'offre est insuffisante dans l'Yonne et autour de l'agglomération dijonnaise où le nombre de places ne suffit pas et oblige les EHPAD à accueillir des résidents nécessitant une surveillance médicale et paramédicale continue correspondant à la définition des USLD alors qu'ils ne disposent pas toujours des moyens en personnel nécessaires.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Revoir la répartition des implantations au sein de la région en fonction des besoins	Coupes PATHOS réalisées au 2 ^{ème} semestre 2011
Objectif spécifique n°2 Permettre aux 9 centres référents de gériatrie de disposer de filières gériatriques complètes	Objectif à intégrer dans les projets de territoire et dans les projets des établissements concernés

Objectif général n°2 : organiser l'accueil des populations spécifiques

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Créer par redéploiement une USLD pour les patients de moins de 60 ans par territoire de santé pour permettre une prise en charge adaptée des patients de moins de 60 ans (AVC, traumatismes crâniens, blessés médullaires, psychiatrie....)	Proposition de spécialiser un site par département (projet médical spécifique, plateau technique adapté, accompagnement des personnels)
Objectif spécifique n°2 Proposer une prise en charge spécifique des personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiatriques chroniques.	Proposition de spécialiser un site par département
Objectif spécifique n°3 Développer la prise en charge spécifique des patients atteints de	Structures spécialisées UHR dans le cadre du plan Alzheimer

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
maladie d'Alzheimer (via la création d'Unités d'Hébergement Renforcées dans les USLD)	

Objectif général n°3 : améliorer la qualité de la prise en charge

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Assurer la continuité des soins médicaux en USLD	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les formations en gériatrie (personnels médicaux et soignants) - Organiser des coopérations avec les établissements psychiatriques pour les prises en charge spécifiques

Objectif général n°4: fluidifier les filières de prise en charge sanitaire

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Favoriser au sein d'un établissement le transfert interne des patients ne relevant plus de la réanimation vers les services USLD	<ul style="list-style-type: none"> - Inciter à la mise en place de réunions pluridisciplinaires - Formation du personnel et soutien technique des services de court séjour
Objectif spécifique n°2 Favoriser le transfert entre les USLD et les structures médico-sociales (EHPAD, SSIAD) afin de permettre une prise en charge adéquate des patients	Inciter à la mise en place de réunions pluridisciplinaires et de coordination

4 Organisation de l'offre

Missions de service public

L'organisation de l'offre pourra être revue à la lumière des résultats des coupes PATHOS.

Articulation ville – établissement de santé – médico-social

Etablir dans chaque département des modalités de concertation entre les USLD et le secteur médico-social. Des réunions par établissement, auxquelles participeront des services d'aval – EHPAS, SSIAD, aide à domicile, CLIC,..., sont à mettre en place dans les structures où ce dispositif n'existe pas.

5 Objectifs quantifiés / de répartition de l'offre de soins

5.1 Implantations

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Cote d'Or	6	
Nièvre	6	
Saône et Loire	3	
Yonne	2	
Bourgogne	17	

Le nombre total d'implantation sera à déterminer en fonction des résultats de la coupe PATHOS 2011.

Lors du renouvellement des conventions tripartites, l'examen des conditions techniques de fonctionnement permettra de déterminer si les conditions de prise en charge en USLD sont respectées.

Des implantations spécialisées par département pour la prise en charge des moins de 60 ans, des pathologies psychiatriques et des patients Alzheimer constituent des valeurs cibles pour le SROS 2012.

5.2 Accessibilité

5.1.1 Accessibilité géographique

5.1.2 Accessibilité financière

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Soins de longue durée	Réduire les inégalités territoriales en matière d'implantation et de capacité	Nombre de centres référents de gériatrie disposant d'une filière gériatrique complète		9
	Organiser l'accueil des populations spécifiques	Nombre d'USLD spécialisées / territoire de santé		Au moins 1 / territoire de santé
	Améliorer la qualité de la prise en charge	% d'établissement disposant d'une USLD ayant inscrit dans leur plan de formation annuel, des actions de formation en gériatrie		

	Fluidifier les filières de prise en charge sanitaire	% d'USLD réalisant des réunions de coordination avec les structures d'aval (EHPAD, SSIAD...)		
--	--	--	--	--

Thème	Objectifs général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Soins de longue durée	Réduire les inégalités territoriales en matière d'implantation et de capacité	Evolution du nombre d'USLD avant et après les coupes pathos / territoire de santé
		Evolution du nombre des lits avant et après les coupes pathos / territoire de santé
		Taux d'équipement SLD pour 1 000 personnes de plus de 75 ans / territoire de santé
	Organiser l'accueil des populations spécifiques	Nombre d'USLD spécialisées pour l'accueil de patients de moins de 60 ans / territoire de santé
		Nombre d'unités de psychogériatrie SLD / territoire de santé
		Nombre de création d'UHR dans les USLD / territoire de santé (commun avec le SROMS)
	Améliorer la qualité de la prise en charge	Mise en place d'un partenariat avec l'Université pour sensibiliser les étudiants à la gérontologie (commun avec le SROS volet ambulatoire)
		% d'établissements disposant d'une USLD ayant signé une convention de partenariat avec un établissement psychiatrique
	Fluidifier les filières de prise en charge sanitaire	% d'USLD réalisant des réunions pluridisciplinaires avec les autres services du même établissement
		% d'USLD ayant du personnel médical et paramédical partagé avec d'autres services
Taux de transfert de patients dans un EHPAD en provenance d'une USLD		

Schéma régional d'organisation des soins

PARTIE AMBULATOIRE



Table des matières

1	Les enjeux de l'organisation des soins ambulatoires de premier recours en Bourgogne.....	5
2	Le bilan des actions précédemment menées	6
2.1	Dans le domaine de la formation	6
2.2	Dans le domaine des aides à l'installation	6
2.3	Dans le domaine de l'exercice regroupé.....	7
2.3.1	Concernant les maisons de santé :	7
2.3.2	Concernant les centres de santé	10
2.3.3	Concernant les pôles de santé, entendus au sens de réseaux polyvalents :	11
2.4	Dans le domaine des coopérations entre professionnels.....	12
2.5	Dans le domaine de l'offre en matière de technologie de l'information et de la communication (TIC) ..	13
3	Les objectifs généraux du volet ambulatoire du SROS	14
3.1	La formation	15
3.1.1	Objectif général n°1 : Garantir une capacité de formation des professionnels de santé en adéquation avec les besoins en professionnels sur le terrain.....	16
3.1.2	Objectif général n°2 : Garantir la cohérence des contenus de formation avec les principaux besoins de santé régionaux.....	19
3.1.3	Objectif général n°3 : Développer la place des stages en ambulatoire dans la formation des professions de santé	20
3.1.4	Objectif général n°4 : Améliorer l'accueil en stage en ambulatoire (notamment libéral) des étudiants.....	22
3.2	Les aides à l'installation	24
3.2.1	Objectif général n°1 : Améliorer l'information et l'accompagnement des professionnels de santé ..	24
3.2.2	Objectif général n°2 : Favoriser l'installation en Bourgogne d'étudiants à l'aide des contrats d'engagement de service public	29
3.2.3	Objectif général n°3 : Développer les tutorats pour l'installation en ambulatoire des professionnels ..	31
3.3	L'exercice regroupé.....	32
3.3.1	Objectif général n°1 : Favoriser la connaissance de s dispositifs existants et l'accompagnement des porteurs de projets.....	32
3.3.2	Objectif général n°2 : Favoriser une meilleure qualité de l'exercice dans les structures dédiées..	34
3.3.3	Objectif général n°3 : Garantir l'implantation et la viabilité des projets d'exercice regroupé au regard des besoins des territoires de santé	36
3.4	Les coopérations entre professionnels	38
3.4.1	Objectif général n°1 : Développer la mise en place de protocoles de coopération en Bourgogne en cohérence avec les orientations stratégiques du PRS	38
3.4.2	Objectif général n°2 : Rendre plus cohérent le parcours de soins des patients en améliorant les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les structures médico-sociales	40
3.5	Les technologies de l'information et de la communication (TIC)	42
3.5.1	Objectif général n°1 : Orienter les organisations informatiques en place vers des bonnes pratiques en matière de coordination, de qualité et de sécurité.....	43
3.5.2	Objectif général n°2 : Contribuer à l'optimisation du parcours de soins par un décloisonnement entre les secteurs de santé en s'appuyant sur les systèmes d'information.	44

3.5.3	Objectif général n°3 : Impulser le développement de la télémédecine en faveur des coopérations et dans le cadre d'un meilleur maillage territorial	45
4	Evaluer et suivre la mise en œuvre du schéma.....	46
4.1	Dispositif d'évaluation du schéma	46
4.1.1	Une évaluation intermédiaire du schéma est proposée en 2013 afin d'identifier les conditions de réussite de sa mise en œuvre.....	46
4.1.2	Une évaluation finale du schéma est proposée en 2016.....	47
4.2	Suivi de la mise en œuvre et mesure d'impacts du schéma	49
4.2.1	Suivi annuel de l'impact du schéma.....	49
4.2.2	Suivi annuel de la mise en œuvre du schéma.....	52

**« RENFORCER LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE
EN CONFORTANT LES SOINS DE PREMIER RECOURS »**

Le volet ambulatoire du schéma régional de l'organisation des soins (SROS) répond de manière directe à la première des cinq priorités régionales définies au plan stratégique régional de santé (PSRS), élaborées sur la base du diagnostic des besoins de santé :

L'organisation de l'offre de santé de proximité, dont les soins de premier recours et leur articulation avec la prévention, les soins de second recours et le domaine médico-social.

Il a plus particulièrement pour vocation :

- ⇒ d'afficher la stratégie régionale de structuration de l'offre de soins ambulatoires en définissant des priorités d'actions qui s'appuient sur les démarches initiées précédemment et sur les nouveaux dispositifs prévus par la loi HPST ;
- ⇒ de constituer un outil de mobilisation des professionnels de santé libéraux autour des priorités régionales en matière de santé publique et de les impliquer dans la consolidation de l'offre de soins ambulatoire régionale ;
- ⇒ de contribuer à la modernisation de l'offre, notamment par le développement de structures ou de modalités d'exercice coordonné.

Le schéma cible précisément la **définition de priorités d'actions dans les territoires reconnus comme fragiles du point de vue de l'accès aux soins.**

La question de l'**accessibilité aux soins est ainsi au cœur des problématiques instruites par le volet ambulatoire du SROS, qui sera axé en Bourgogne sur l'accès aux soins de premier recours.**

Les priorités d'action concerneront en particulier les **médecins généralistes, les infirmiers, les pharmaciens, les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, et, selon les situations territoriales, les sages-femmes et pédicures podologues.**

Les besoins ainsi reconnus en implantations prioritaires serviront de référence pour définir les zones qui bénéficieront des aides à l'installation. L'arrêté du 21 décembre 2011 prévu à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique a précisé les dispositions et le seuil populationnel (fixé à 12% de la population régionale) à respecter pour la définition des zones.

1 Les enjeux de l'organisation des soins ambulatoires de premier recours en Bourgogne

Le diagnostic défavorable de la situation démographique des professionnels de santé montre que celle-ci pèse fortement sur les conditions d'exercice. Ces difficultés étant partagées sur l'ensemble des professions, il paraît indispensable d'aborder les questions de fragilité d'accès à l'offre de soins de premier recours **dans une dimension pluri-professionnelle**.

L'identification de zones fragiles pluri-professionnelles aura donc pour objectif de mettre en avant les zones prioritaires à aider au regard de cette approche et serviront d'assise à la fixation du zonage pluri-professionnel prévu à l'article L.1434-7 du CSP.

Les actions entreprises tant par la mission régionale de santé que par la DRASS dans les 5 dernières années donnent le cadre dans lequel les futures actions pourront être menées, qui touche principalement aux 4 domaines suivants : formation, aides à l'installation, exercice regroupé, coopérations inter-professionnelles.

Ainsi, les actions que devra porter l'ARS devront s'inscrire en cohérence avec le parcours des professionnels de santé, et permettre à la fois d'apporter une réponse à l'amélioration **des conditions d'exercice** et **aux besoins en professionnels de santé sur le territoire** :



2 Le bilan des actions précédemment menées

2.1 Dans le domaine de la formation

- **Professions de santé non médicales : la région Bourgogne occupe un rang « convenable » (13^e rang en 2009) en nombre d'établissements de formations non médicales (36).** Si les formations de base sont déjà représentées en Bourgogne (infirmier, masseur-kinésithérapeute, aide-soignant, ambulancier,...) les formations médico-techniques (podologue, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute,...) en revanche ne le sont pas.
- **Professions de santé médicales : l'UFR de médecine se situe au 13^{ème} rang des régions pour les étudiants** classés dans les 100 meilleurs aux épreuves classantes nationales (ECN). La région offre des cursus complets en médecine, pharmacie, maieutique et seulement un accueil en stage de 3^{ème} cycle en odontologie.
- **Des quotas de formation en augmentation :**
 - La création d'un observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) et le travail conduit au sein des comités régionaux a permis de proposer sur les 10 dernières années l'augmentation des numéros clausus et quotas dans les formations :
 - Médecine : 155 en 2005, 212 en 2010 soit 36% d'augmentation
 - Infirmier : 500 en 1999, 800 en 2010 soit 60% d'augmentation
 - Masseur - kinésithérapeute : de 40 en 2005 à 80 en 2011, soit 100% d'augmentation
 - Pharmacie : 66 en 2004 à 82 en 2011, soit 24% d'augmentation
- **Des déperditions en cours de formation**, particulièrement sur la filière infirmière avec des arrivées aux diplômes inférieures de 15 à 20% au quota.

2.2 Dans le domaine des aides à l'installation

- L'évaluation de l'avenant n°20 à la convention médicale, menée par la coordination régionale de la gestion du risque de Bourgogne fait état de **48 bénéficiaires, répartis dans 19 communes bourguignonnes**.
- La mise en place de ces aides a fait l'objet d'une collaboration active entre la Mission Régionale de Santé, le Conseil Régional, l'Union Régionale des Médecins Libéraux et les ordres professionnels concernés. Cette collaboration trouvera une suite dans le cadre de la plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS).

2.3 Dans le domaine de l'exercice regroupé

La région est très dynamique en ce qui concerne l'exercice regroupé. Les actions destinées à favoriser le regroupement des professionnels de santé se sont appuyées sur la participation active et incontournable des professionnels concernés et ont impliqué souvent de nombreux partenaires.

A noter que jusqu'à présent l'attribution des financements s'est portée en priorité sur les territoires fragiles mais il y a eu un encouragement à l'exercice regroupé en tous lieux.

2.3.1 Concernant les maisons de santé :

On recense en 2011 (voir carte ci-dessous) :

19 maisons ouvertes (dont 17 financées par le FIQCS) :

20 ouvertures programmées sur 2012-2013,

des projets principalement sur les zones fragiles,

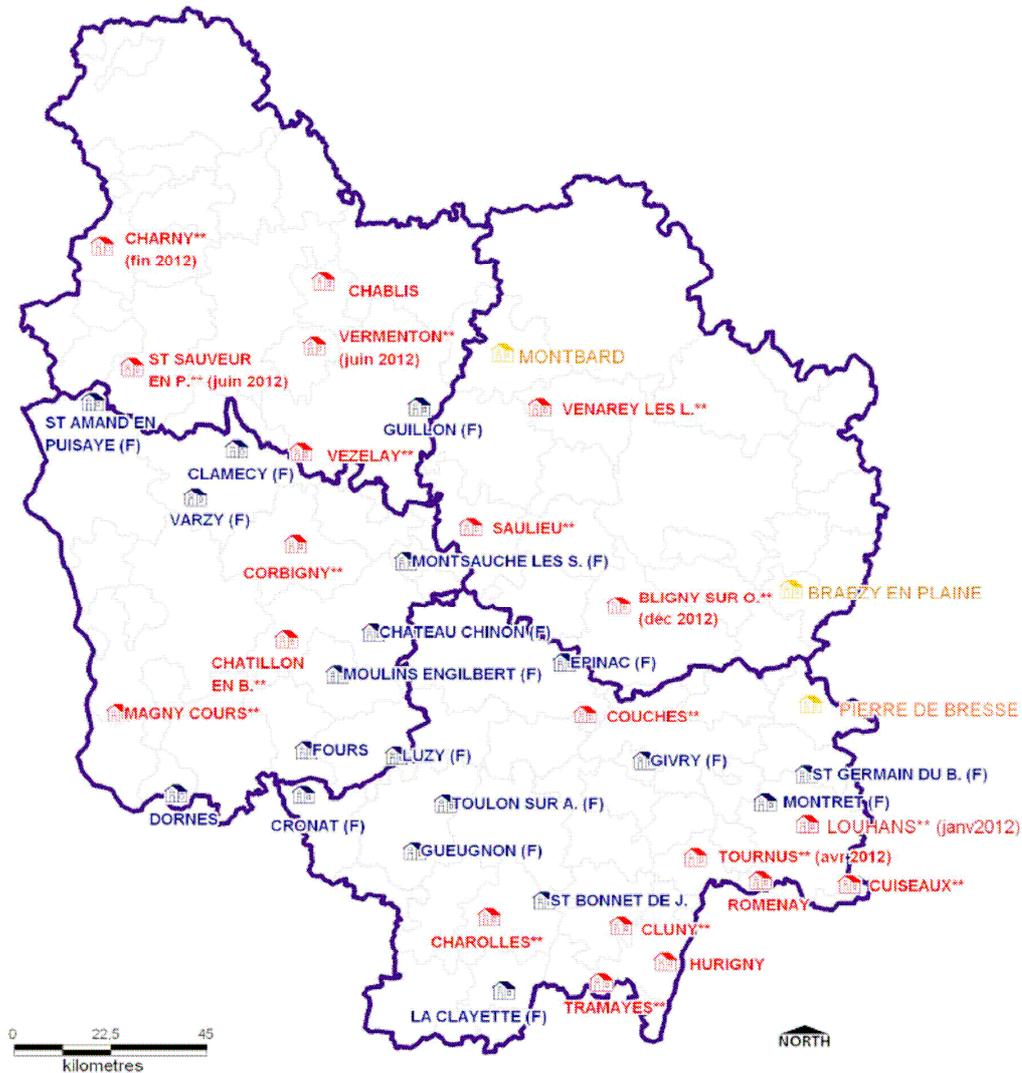
- o 20 MSP inscrites au plan de déploiement des 250 MSP en milieu rural

Plusieurs maisons de santé bourguignonnes ont enregistré des installations (remplacer un départ ou étoffer l'équipe) même si la situation reste délicate (MSP avec 1 seul MG). Ainsi les MSP de Toulon sur Arroux, Luzy et Epinac ont permis le recrutement de médecins. Pour d'autres ce n'est pas encore le cas (Moulins Engilbert, Montsauche les Settons).

Par ailleurs, sur un plan plus qualitatif, l'ARS a adressé un questionnaire en octobre 2010 aux maisons ouvertes et devant ouvrir d'ici 2012 (25). Il ressort de l'analyse que :

- 305 professionnels de santé sont impliqués dans les projets de maisons de santé
 - o 74 MG (5% des MG de la région)
 - o 95 IDE
 - o 49 MK
- Existence d'un projet de santé par maison de santé
 - o principaux thèmes : dépistage, actions de santé publique, éducation thérapeutique, actions spécifiques personnes âgées, articulation avec les réseaux territoriaux
- Accueil de stagiaires : 19/25 le font ou vont se former pour les MG et 8/25 pour IDE et MK
- Dossier patient partagé pour la majorité des maisons de santé (18) et réunions de coordination pour toutes

- LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES
- Décembre 2011



Maisons de santé

- Ouvertes
- Ouverture prévue en 2012-2013
- Etude de faisabilité en cours

En Décembre 2011 :

19 maisons de santé sont ouvertes, dont 2 fonctionnent sans financement par l'ARS
 20 maisons de santé ouvriront leurs portes à l'horizon 2012 ou 2013
 3 études de faisabilité sont actuellement en cours.

2.3.2 Concernant les centres de santé

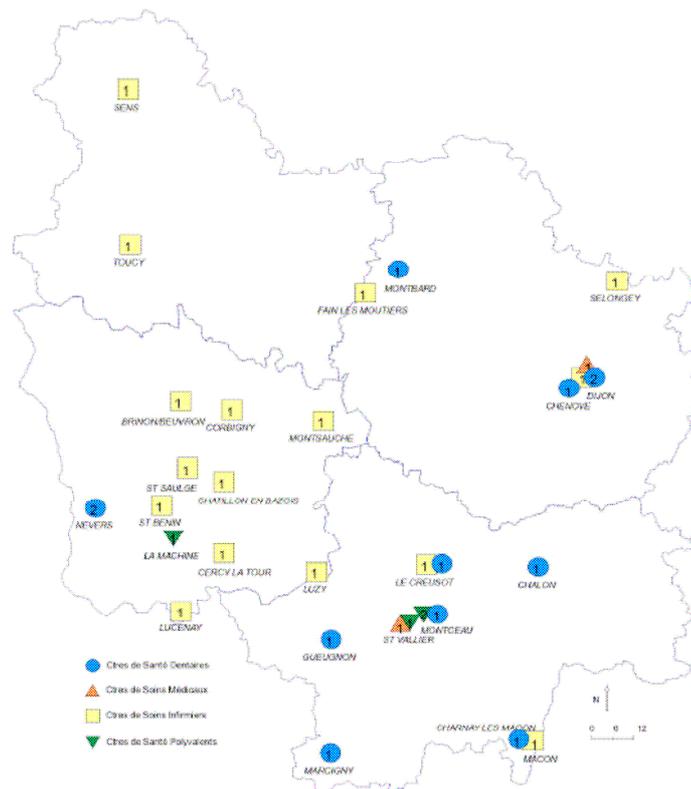
Définis par l'article L 6323-1 du code de santé publique (CSP), les centres de santé ou CDS sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement, mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales.

On note une diversité d'activités assurées dans ces structures notamment des soins médicaux, des soins dentaires, des soins infirmiers. Les centres polyvalents cumulent une activité de médecine classique, une activité dentaire et/ ou une activité d'imagerie dentaire et/ou de soins infirmiers.

On recense en 2011 en Bourgogne 44 centres de santé dont :

- 13 en Côte d'or
- 13 dans la Nièvre
- 16 en Saône et Loire
- 2 dans l'Yonne

On note également une répartition inégale de ces structures assez méconnues des professionnels de santé en Bourgogne.



Sur un plan qualitatif, la rencontre régionale avec les gestionnaires de santé des centres de santé en Bourgogne, organisée le 5 avril 2011 à l'ARS, a souligné certaines problématiques :

- apparition de tableaux cliniques liés à un retard de recours aux soins sur certains territoires (cancer, soins dentaires)
- consolidation de l'approche sociale et de l'appui en santé mentale nécessaire pour aider à l'exercice des professionnels dans ces centres

Selon une étude de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) de mai 2011, les premiers résultats montrent que les patients recourant à la médecine générale dans les CDS sont socio-économiquement plus défavorisés et déclarent un état de santé plus dégradé qu'en population générale. L'analyse montre également que plus de 60 % des patients en CDS sont précaires contre moins de 40 % en population générale.

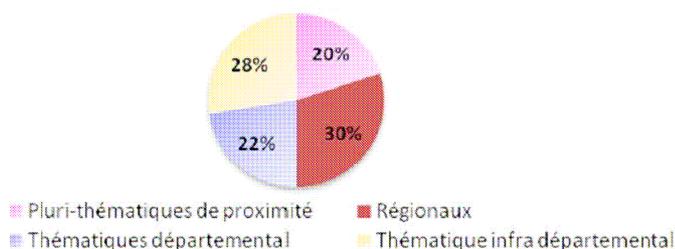
2.3.3 Concernant les pôles de santé, entendus au sens de réseaux polyvalents :

- 8 réseaux polyvalents en Bourgogne
- On distingue deux catégories :
 - les réseaux monothématiques qui ont ouvert de nouvelles branches au fil du temps, il s'agit de réseaux relativement anciens (2000) issus parfois des expérimentations Soubie
 - et les groupements de professionnels de santé (les 3 GPS de Côte d'Or) qui se sont développés sur la base d'un projet commun de santé adopté par l'ensemble des professionnels d'un territoire. Les thèmes les plus fréquemment traités sont le maintien à domicile, les soins palliatifs et la prise en charge des pathologies chroniques notamment via l'éducation thérapeutique.
- La liste des réseaux est la suivante :
 - Réseau de santé de Haute Côte d'Or
 - Groupement des Professionnels de Santé de l'Auxois Sud - GPSAS
 - Groupement des Professionnels de Santé du Grand Ouest Dijonnais – GPSGOD
 - Groupement des Professionnels de Santé du Pays Beaunois
 - Réseau de Santé du Haut-Nivernais
 - Réseau de Santé du Val de Saône - RESOVAL
 - Association de Coordination Sanitaire et Sociale des 3 Rivières
 - Coordination Gérontologique du Tonnerrois

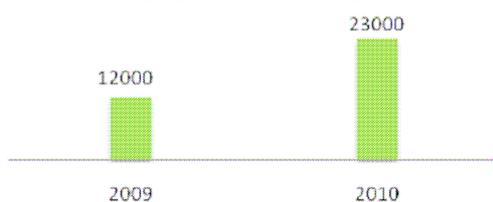
2.4 Dans le domaine des coopérations entre professionnels

- **Les dispositifs de coopérations entre professionnels reposent sur :**
 1. La coopération entre professionnels médicaux
 2. La coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux
- **Ces coopérations peuvent avoir lieu dans le cadre :**
 - de réseaux de santé (thématiques, régionaux, pluri-thématiques...),
 - de structures d'exercice coordonné
 - d'autres dispositifs de coordination (préparation de la sortie d'hospitalisation : auxiliaires de vie, services sociaux hospitaliers,...)
- **Une dynamique positive est en place en Bourgogne avec une augmentation du nombre de patients et de professionnels qui adhèrent aux réseaux**

40 réseaux de santé financés en Bourgogne



Nombre de bourguignons pris en charge par un réseau



2.5 Dans le domaine de l'offre en matière de technologie de l'information et de la communication (TIC)

- **Réglementation**

- Loi HPST, article 78
- Décret télémédecine 2010-1229 du 19 octobre 2010
- Décret hébergeur de données de santé 2006-6 du 4 janvier 2006
- Décret confidentialité 2007-960 du 15 mai 2007

- **Eléments de contexte :**

- Une offre mature de l'industrie de l'édition de logiciels du secteur ambulatoire
- La télémédecine en voie de développement : des projets innovants à consolider et des expérimentations à mener
- Une gouvernance régionale des SI de santé en construction avec un décroisement des secteurs ambulatoire, sanitaire, médico-social

- **Constats :**

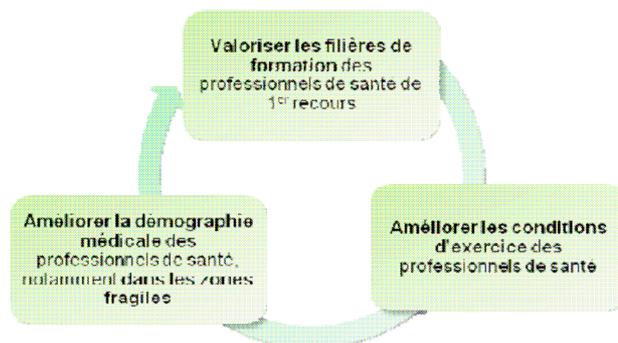
- Une informatisation avancée en cabinet libéral et dans les MSP
- Le partage de l'information comme ligne directrice au sein des structures d'exercice coordonné
- Un développement de la télémédecine fortement dépendant des initiatives locales
- Un cloisonnement entre les acteurs de santé

- **Sujets de vigilance :**

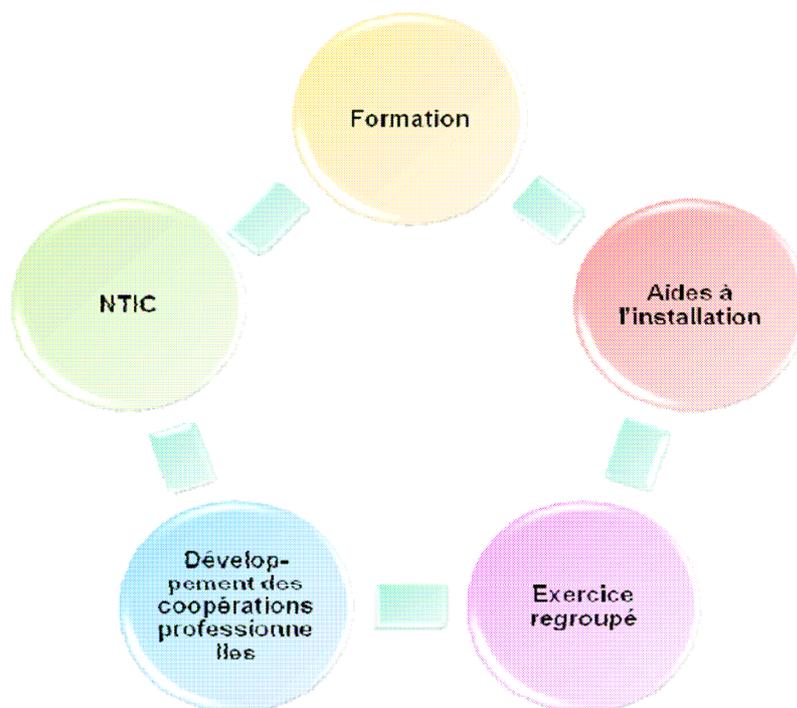
- L'amélioration du service rendu à l'utilisateur doit rester au cœur des préoccupations des porteurs de projet
- Les SI et la TLM (TIC) restent des outils au service des professionnels de santé
- Les projets TLM doivent faire l'objet d'une évaluation médico-économique régulière

3 Les objectifs généraux du volet ambulatoire du SROS

Dans la continuité des actions menées, et afin de leur donner leur pleine efficacité en lien avec les nouveaux instruments prévus par la loi HPST, les objectifs généraux du volet ambulatoire s'articuleront selon la logique d'intervention suivante



Cette logique d'intervention prendra appui sur 5 leviers :



3.1 La formation

La formation est un levier précieux dans le pilotage de la politique régionale d'organisation de l'offre de soins conduit par l'Agence Régionale de Santé, dans l'ajustement de l'offre aux besoins, et particulièrement dans le champ ambulatoire, du fait des difficultés démographiques importantes rencontrées en Bourgogne sur l'ensemble des professionnels de santé.

Les enjeux en Bourgogne portent donc sur les objectifs suivants :

- Former selon les besoins, c'est à dire former le nombre nécessaire pour répondre à la demande, sur les spécialités ou métiers, compte tenu des sous densités constatées dans toutes les professions
- Réduire les déperditions en cours de formation, particulièrement sur la filière infirmière avec des arrivées annuelles aux diplômes inférieures de 15 à 20% au numérus clausus
- Mieux répartir les professionnels sur les territoires et entre les différents champs, avec des zones qui se désertifient sur l'ensemble des professions ambulatoires, un secteur médico-social qui recrute très difficilement, même en milieu urbain, des spécialités hospitalières en difficulté (psychiatrie, neurologie, pédiatrie, ...)
- Maintenir ou faire revenir les futurs professionnels en Bourgogne : former plus de Bourguignons, faire revenir les Bourguignons formés ailleurs (ex : odontologie), garder les diplômés formés en Bourgogne.

3.1.1 Objectif général 1 : Garantir une capacité de formation des professionnels de santé en adéquation avec les besoins en professionnels sur le terrain

Depuis 2002, le secteur des formations est en pleine mouvance, avec en premier, l'instauration par la loi de décentralisation du 13 août 2004, d'une territorialisation de la gouvernance des formations para- médicales confiant aux Conseils Régionaux la définition et la mise en œuvre des politiques de formation sanitaire et sociale, puis, l'engagement dans le processus européen LMD, conduisant à la réingénierie actuelle des diplômes para médicaux, dont celui d'aide-soignant et auxiliaire en puériculture en 2005, celui d'infirmier, mis en œuvre en 2009, suivi à partir de 2012 de ceux de masseur-kinésithérapeute, sage-femme, infirmière puéricultrice, IADE et cadre de santé, et depuis 2011 la reconnaissance LMD des diplômes médicaux. Parallèlement, la pénurie démographique constatée a conduit, avec l'aide de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) créé en 2002, à proposer des augmentations de quotas dans les formations telles qu'énoncées dans le bilan.

En médecine plus particulièrement, au-delà de la remontée du numérus clausus engagée depuis 10 ans, la régulation de la répartition des futurs médecins s'exerce aussi depuis 2008 au niveau des ECN (épreuves classantes nationales) avec des flux d'internes répartis selon les besoins régionaux (augmentation des postes offerts dans les régions les moins dotées en professions médicales et stabilisation des effectifs de postes dans les régions les mieux dotées), et, avec la loi HPST et son décret d'application 2010-700 du 25 juin 2010, par la mise en place d'un dispositif de filiarisation du 3^{ème} cycle des études de médecine.

Ce dispositif vise à mieux répartir par région le flux des internes pour chacune des spécialités (et non plus par discipline).

C'est ainsi que chaque région est amenée à élaborer des propositions pluri annuelles d'effectifs des internes, qui prennent en compte le nombre d'internes entrant en 3^{ème} cycle, le besoin de renouvellement des professionnels en exercice, afin de s'assurer d'une offre de soins régionale adaptée par spécialité.

En Bourgogne, pour la période 2011-2015, les propositions relatives à la médecine générale ont fait état de 445 postes soit une augmentation de 20 postes par rapport à la proposition 2010, et une répartition sur les spécialités (522) qui favorisent l'anesthésie réanimation, la médecine du travail, la pédiatrie, la santé publique, la pneumologie, l'ophtalmologie, la gastro- entérologie, la dermatologie, et l'anatomo-cytologie pathologique, pour un effectif total à former de 967 médecins sur 5 ans.

Le ministère a porté la proposition bourguignonne à 450 postes en médecine générale et 522 en spécialités soit un total de 972 médecins à former sur la période 2011-2015.

Egalement, la mise en place de la première année commune des études médicales (PACES), depuis l'arrêté du 28 octobre 2009, facilite la réorientation des étudiants au sein des formations de santé médicales, mais s'accompagne aussi d'un élargissement des passerelles pour un accès direct en 2^{ème} ou 3^{ème} année d'études médicales, dentaires, pharmaceutiques ou de maieutique, avec la publication de 2 arrêtés en date du 26 juillet 2010.

Peuvent accéder à la 2^{ème} année de ces études, les titulaires d'un master ou diplôme conférant ce grade ou ayant validé 2 années d'études ou 120 crédits européens dans un cursus médical, dentaire, pharmaceutique ou de sage -femme au-delà de la 1^{ère} année.

Peuvent accéder en 3^{ème} année, les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, pharmacie chirurgie dentaire, sage- femme, vétérinaire, de doctorat ou d'ingénieur, ainsi que les enseignants chercheurs de l'enseignement supérieur exerçant dans une unité de formation et de recherche de médecine, pharmacie, odontologie, et les anciens élèves des écoles normales supérieures.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Assurer un suivi pluriannuel des besoins en professionnels de santé à former en Bourgogne</p> <p>En concordance avec les orientations de l'ONDPS, il s'agit de construire un suivi des effectifs à former dans les professions de santé dont la formation est délivrée en Bourgogne, à partir des effectifs de professionnels en fonction et des départs pressentis en retraite, de manière à proposer et suivre les ajustements nécessaires des capacités de formation (en commençant par les professions à numerus clausus ou à quota) aux besoins de renouvellement ou d'évolution des professions.</p> <p>Cette vision pluri-annuelle des effectifs à former est mise en place depuis 2 ans pour les médecins, et s'initie pour les pharmaciens à compter de 2012.</p>	<p>Mise en place et pilotage par le coordonnateur ARS de groupes techniques de travail préparant les propositions à présenter au comité régional ONDPS et à remonter au conseil national</p>
<p>Développer la cohérence des aides à la formation et à l'exercice</p> <p>Cette orientation touche l'information conduite dans le cadre de la PAPS pour les aides à l'installation des futurs professionnels (cf § 4.2.1), la signature des CESP (cf §4.2.2), et les aides des collectivités, notamment l'aide du Conseil régional « Réciprosanté ».</p> <p>Pour pallier le manque de professionnels de santé, particulièrement de sages-femmes, d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes, la Région Bourgogne propose le contrat Réciprosanté : c'est une aide financière, versée chaque mois, à partir de la deuxième année de formation, en échange de l'engagement de l'étudiant à exercer sa profession dans un établissement de santé ou un institut médico-social en Bourgogne (465€ par mois en zone urbaine, 600€ par mois en zone rurale ou fragile, ou dans le champ de la gériatrie).</p> <p>Depuis la création en 2004, 100 contrats sont signés en moyenne par an. Le zonage actuellement utilisé par le Conseil régional est celui des fonds européens. Le recours au zonage ARS « territoires fragiles » arrêté au PRS est à proposer au Conseil régional ainsi que l'association de l'institut de formation au contrat établi entre l'élève et l'établissement de manière à instaurer une cohérence du parcours de stage avec l'engagement professionnel de l'étudiant.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Association des partenaires au sein de l'instance de pilotage PAPS 2) Création d'un comité de pilotage du CESP 3) Valorisation de l'allocation Réciprosanté auprès des instituts de formation et articulations en termes de territoires à conduire avec le Conseil régional

<p>Renforcer l'information préalable à l'entrée en formation</p> <p>La bonne connaissance des métiers de santé par les étudiants est un levier pour lutter contre la déperdition observée en cours de formation liée à des erreurs d'orientation, à la découverte tardive des tâches ou niveaux de responsabilité, et à l'effet « générationnel » constaté chez les étudiants de tester une formation avant de s'engager réellement dans le projet professionnel correspondant.</p> <p>Il s'agit donc de multiplier les lieux et occasions d'informer sur les professions de santé non médicales avant l'entrée en formation.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Informations ciblées en lycée, avec les CIO 2) Information, dans le cadre du semestre « rebond » PACES, des étudiants susceptibles de se réorienter en cours d'année, sur l'ensemble des formations de santé, pour agir sur les « représentations », faire connaître les niveaux de responsabilités, les environnements de travail,...
--	--

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
<p>Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général</p>	<p>Taux d'adéquation des professionnels formés aux places de formation ouvertes (nb d'étudiants formés / nb de professionnels à renouveler)</p>	<p>100 %</p>
	<p>Reprise de l'orientation SROS dans le schéma régional des professions sanitaires établi par le Conseil régional</p>	<p>Orientation intégrée</p>

3.1.2 Objectif général n°2 : Garantir la cohérence des contenus de formation avec les principaux besoins de santé régionaux

Les priorités du PSRS arrêtées suite au diagnostic régional de la santé mettent en avant le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées, la capacité des jeunes à être acteurs de leur santé et l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques.

La formation des professionnels de santé, qu'elle soit initiale ou continue, apparaît comme un des outils à utiliser pour améliorer la prise en charge sur chacun de ces thèmes.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
S'assurer de l'insertion dans les unités d'enseignement et les informations aux étudiants des thèmes relatifs à l'éducation à la santé, à la connaissance des handicaps, à la gérontologie , en lien avec les priorités stratégiques du PSRS	Appel aux organismes tels l'OREPS, le CREAI, le Gérontopôle,....
Développer dans les instituts de formation et à l'université les contenus relatifs à l'exercice ambulatoire (plus spécifiquement sage-femme, infirmiers, médecin) : approche du métier, environnement, aides à l'installation,....	Appel à la PAPS, aux interventions de professionnels libéraux,...
Favoriser l'inter professionnalité dans les enseignements permettant le partage des cultures, et d'aider aux coopérations futures entre les professionnels	Multiplier les enseignements en commun de modules optionnels, cours communs, séminaires partagés,...

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Nombre d'interventions dans les formations faites sur les priorités du PSRS : autonomie, maladies chroniques, adolescence	Au moins une intervention par an et par formation

3.1.3 Objectif général n°3 : Développer la place de s stages en ambulatoire dans la formation des professions de santé

Le développement de l'alternance dans les formations de santé confère aujourd'hui une place importante à la clinique, avec une acquisition des compétences reliée en grande partie aux stages, du fait de l'application du principe de pédagogie réflexive, notamment dans les formations de santé non médicales.

Le stage est ainsi reconnu comme un outil primordial pour la découverte d'une discipline, d'un secteur d'activité. Sur l'ambulatoire, la connaissance par le stage de l'environnement et de la pratique professionnelle, apparaît essentielle et déterminante dans le choix du futur professionnel pour ce secteur.

Concernant la préoccupation de la Bourgogne d'encourager l'installation ou favoriser le maintien dans les territoires fragiles des professionnels de premier recours, le stage, et même le parcours de stage, est énoncé comme un élément prioritaire d'action du volet ambulatoire du SROS.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Assurer le recrutement de maîtres de stages via des campagnes régulières d'information avec l'université, ou les instituts de formation, pour garantir le maintien et/ou l'augmentation des capacités dans les terrains de stage en milieu ambulatoire (notamment libéral).</p> <p>Sur le 2^{ème} cycle des études médicales, à ce jour, 40% seulement des étudiants font un stage en médecine générale, en 4^{ème} ou 5^{ème} année, de 6 semaines à temps plein.</p> <p>L'objectif est de proposer un stage en médecine générale à tous les étudiants, ce qui nécessite d'aller au - delà du recrutement actuel de maîtres de stage, qui s'organise en réseaux (2 à 3 maîtres de stage par réseau répartis sur un territoire), non différenciés à ce jour avec les maîtres de stage d'internat.</p> <p>Ce recrutement doit être associé à une formation des maîtres de stage en secteur ambulatoire, à l'université, et dans les instituts de formation, en lien avec la question de la rémunération du tuteur de stage, devant valoriser le rôle d'encadrement pédagogique et clinique.</p> <p>Cette formation est organisée pour les réseaux de stage de médecine ; elle est à accompagner pour les formations de santé non médicales, où aujourd'hui ne sont réellement assurées que des informations et rencontres périodiques avec les professionnels libéraux.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Proposer à tous les étudiants de 2^{ème} cycle des études médicales, un stage en cabinet libéral 2) Alimenter les réflexions sur la couverture « responsabilité » des professionnels libéraux dans l'accueil des stagiaires 3) Accompagnement des UFR, des IFSI, IFMK sur l'information, le recrutement et la formation des maîtres de stage
<p>Garantir, dans le parcours de formation, l'approche du milieu ambulatoire, (notamment libéral) lorsque celle-ci n'est pas obligatoire dans le référentiel de formation des étudiants.</p> <p>Le stage en milieu libéral ou ambulatoire n'est pas obligatoire dans les référentiels des formations de santé non médicales, et certains instituts n'en proposent encore pas systématiquement. Il convient, si chaque étudiant ne peut réaliser un stage en milieu ambulatoire, d'encourager la construction de parcours de stage cohérents durant la formation permettant l'abord du secteur libéral.</p>	<p>Sensibilisation des directeurs IFSI, IFMK</p>

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Développer les parcours de stage par territoire permettant de mettre en cohérence formation clinique et projet professionnel, notamment pour les apprenants en promotion professionnelle ou bénéficiaires de CESP, d'allocations Réciprosanté,...	Appui sur les coordonnateurs régionaux universitaires, sur les directeurs d'IFSI, IFMK

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
<i>Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général</i>	Proportion d'étudiants au sein d'une promotion ayant réalisé un stage ambulatoire	A ajuster en fonction des spécialités

3.1.4 Objectif général n°4 : Améliorer l'accueil en stage en ambulatoire (notamment libéral) des étudiants

Au-delà des actions visant à l'augmentation des capacités de stage, et à la formation des maîtres et tuteurs de stage, l'attractivité du stage en milieu ambulatoire relève aussi des conditions d'accueil proposées au stagiaire, et particulièrement des possibilités de logement sur place et de transport sur le lieu de stage.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Inscrire le devoir d'enseignement pour les professionnels en exercice comme une condition d'éligibilité aux aides à l'exercice regroupé /coordonné. Cette orientation est développée dans le cahier des charges de l'exercice regroupé (cf §3.3)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Accueil obligatoire de stagiaires en formation et d'étudiants dans le cahier des charges de l'exercice regroupé 2) Elaboration d'une charte d'accueil du stagiaire au sein de la MSP ou du CDS
<p>Favoriser les aides aux transports pour l'accueil en stage en milieu rural pour toutes les formations. Aujourd'hui, les élèves des instituts de formations paramédicales bénéficient, comme tous les étudiants de la carte Campus TER proposée par la Région qui permet de bénéficier de billets de train TER à 25% du coût. Au-delà, Il convient de travailler, avec l'ensemble des partenaires, des solutions de facilitation de l'accès aux stages éloignés et d'amélioration de l'indemnisation des déplacements du stagiaire.</p>	<p>Susciter auprès du Conseil régional une revue des pratiques d'indemnisation des frais de stage dans les instituts de formations paramédicales et promotion d'une harmonisation des conditions de prise en charge</p>
<p>Proposer des conditions de logement pour les stages éloignés du centre de formation ou du domicile de l'étudiant, pour toutes les formations. Il s'agit avec l'aide de tous les partenaires de terrain, d'identifier les possibilités de logement accessibles aux stagiaires sur un territoire et leurs équipements, de manière à accompagner ou favoriser les choix de stage, en recherchant la diversification des solutions : dans les MSP, locaux proposés par les mairies, au sein de l'établissement de santé proche, dans les internats de lycées accueillant des adultes, au sein des pays et dans les projets locaux de santé.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Réalisation d'une cartographie des terrains de stage recensant les offres de logement et les équipements mis à disposition 2) Labellisation des terrains de stage à envisager.

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Proportion de terrains de stage proposant des solutions d'hébergement	100 %

3.2 Les aides à l'installation

Le but du volet ambulatoire du SROS concernant les aides à l'installation est de promouvoir l'exercice ambulatoire chez les professionnels de santé :

- en informant sur l'ensemble des offres de service existantes
- en cherchant à maintenir les professionnels formés en Bourgogne par le biais des contrats d'engagement de service public
- en développant le tutorat des futurs professionnels

3.2.1 Objectif général n°1 : Améliorer l'information et l'accompagnement des professionnels de santé

A ce jour, les professionnels de santé en exercice ou en formation sont confrontés à une dispersion de l'information au sujet des conditions d'exercice en libéral et des dispositifs d'aides à l'installation.

L'article L.1431-2 de la loi HPST précise que les ARS « sont chargées, [...] de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins [...] et à garantir l'efficacité du système de santé. A ce titre, [...] elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ».

Ce service unique d'aide à l'installation, dénommé Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS), a pour objectif de faciliter l'orientation du professionnel parmi les informations et services proposés par les acteurs locaux ou nationaux. Il s'agit donc d'un outil de « mise en réseau » qui doit permettre de rendre l'offre de services mise à disposition des professionnels de santé cohérente, compréhensible et accessible.

En Bourgogne, l'importance de la création d'un service unique d'aides à l'installation est partagée par l'ensemble des acteurs de la santé qui, dès novembre 2010, mènent une réflexion sur la structuration du service au sein d'un groupe de travail composé de :

- L'ensemble des unions régionales des professionnels de santé
- L'ensemble des ordres professionnels
- Les conseils généraux ainsi que le conseil régional
- Le secrétariat général des affaires régionales
- L'Assurance Maladie
- La faculté de médecine
- L'association des jeunes médecins généralistes de Bourgogne
- L'ARS.

Cette forte dynamique régionale autour de la PAPS a permis à la Bourgogne d'être retenue par le ministère comme région pilote de la PAPS.

Ce travail a permis de contribuer à l'élaboration d'un guide méthodologique et d'un rubriquage du site internet, diffusé à l'ensemble des régions françaises en mai 2011. A noter toutefois que la structuration du mini-site proposée au niveau régional se différencie à la marge du rubriquage arrêté au niveau national : en effet, les partenaires régionaux insistent sur l'importance de régionaliser l'information pour l'ajuster au mieux au contexte bourguignon.

La PAPS se compose de trois éléments :

1) Un site internet

Le site internet est retenu comme vecteur de diffusion de l'information. Ce site n'a toutefois pas vocation à se superposer aux sites existants. Il s'agit au contraire d'une plateforme permettant à l'internaute d'avoir une information succincte sur les différents sujets pouvant l'intéresser au cours de son parcours professionnel, et d'avoir un accès direct vers les sites partenaires qui continuent à proposer l'information globale et précise sur les sujets spécifiques. De plus, chaque page de résultats indiquera les coordonnées téléphoniques et mail de la personne référente sur tel ou tel sujet que l'internaute pourra joindre pour toute demande complémentaire.

Bien qu'hébergée sur le site de l'ARS, la PAPS prend la forme d'un mini-site qui dispose d'une adresse web propre : www.bourgogne.paps.sante.fr.

L'information est structurée autour de cinq chapitres qui retracent les grandes étapes du parcours des professionnels de santé, et d'un chapitre annexe fournissant à l'internaute des informations pratiques et générales :

- Onglet 1 : Entrée dans la profession

Après avoir sélectionné sa profession, l'internaute trouvera dans cet espace les informations relatives aux conditions à réunir et démarches à effectuer pour s'installer.

- Onglet 2 : Choix du mode d'exercice

Afin d'aider le professionnel de santé dans son choix de mode d'exercice, la PAPS bourguignonne présente l'exercice libéral et salarié ainsi que l'exercice regroupé ou les remplacements. Cette partie est organisée profession par profession ce qui améliore la qualité de l'information proposée à l'internaute.

- Onglet 3 : Aides

Le troisième onglet du site s'attache à l'ensemble des aides à la formation, à l'installation ou à l'exercice proposés par les différents partenaires de la PAPS : présentation des dispositifs, coordonnées de personnes à contacter pour y adhérer et formulaires éventuels proposés en téléchargement.

- Onglet 4 : Vie professionnelle

Afin de faciliter l'exercice de sa profession, l'internaute trouvera dans cette rubrique les informations relatives :

- aux dispositifs de la permanence des soins (médecins et pharmaciens)
- aux démarches à entreprendre pour évoluer dans son exercice ou pour réaliser un changement de carrière
- à la préparation de la fin d'exercice, à la prise de retraite et au cumul emploi-retraite
- aux passerelles
- aux évolutions du système d'information en santé
- au DPC
- à l'accueil de stagiaire.